WIKIPEDIA

Trastorno de despersonalización

El **Trastorno de despersonalización** es un desorden disociativo en el cual el individuo es afectado por sentimientos de despersonalización, de desrealización, o ambas. Los síntomas incluyen una sensación de automatismo, pasando por la vida pero no sintiéndose parte de ella, como en una película o un sueño, experimentando una desconexión subjetiva con el cuerpo y con el ambiente –en resumen, una dificultad para relacionarse a sí mismo con la realidad.

Trastorno de despersonalización	
Clasificación y recursos externos	
Especialidad	Psiquiatría
CIE-10	F48.1 (http://eciemaps.msssi.gob.es/ecieMaps/browser/index_10_2008.html#search=F48.1)
CIE-9	300.6 (http://eciemaps.msssi.gob.es/ecieMaps/browser/index_9_mc.html#search=300.6)
MeSH	D003861 (http://www.nlm.nih.gov/cgi/mesh/2016/MB_cgi?field=uid&term=D003861)
	Aviso médico
[editar datos en Wikidata]	

Momentos ocasionales de despersonalización son normales, mientras sentimientos persistentes o recurrentes no lo son. Se convierte en un trastorno cuando la disociación es persistente e interfiere con las funciones sociales y ocupacionales necesarias para la vida diaria. A menudo la víctima de este desorden interpreta que se está volviendo loca, a pesar de que casi nunca llega a pasar. En la mayoría de los casos el trastorno es causado por prolongado abuso emocional, físico o sexual. Se ha considerado que el núcleo del desorden es un recurso defensivo para evitar más estimulación aversiva.

Se asocia comúnmente el trastorno de despersonalización con un desorden comórbido de ansiedad severa, trastornos de pánico, depresión clínica o bien desorden bipolar. Además el trastorno de despersonalización puede él mismo provocar ansiedad al interpretar el individuo que está volviéndose loco, lo cual puede exacerbar a su vez los síntomas de despersonalización.

La prueba de realidad se mantiene intacto durante los episodios.

Índice

Causas

Fisiopatología

Diagnóstico
- Criterios DSM-IV
- Diagnóstico diferencial

Epidemiología

Tratamiento

Clasificación nosológica internacional

Referencias

Véase también

Enlaces externos

Causas

El desorden de despersonalización ha sido asociado con el trastorno de estrés-postraumático complejo en la infancia, particularmente con los componentes de abuso sexual y abuso emocional. Este es un predictivo suficiente para el trastorno de despersonalización y de síntomas de despersonalización.[1] El síntoma *despersonalización* es la tercera experiencia psicopatológica más común después de la ansiedad y sentimientos de depresión,y a menudo ocurre luego de experiencias que amenazan la vida, tales como accidentes, un asalto, una enfermedad o herida seria. Los precipitantes más comunes del desorden son estrés severo, depresión clínica y pánico, además de una ingesta alta de marihuana y alucinógenos.[2] (véase: despersonalización).

Fisiopatología

No se conoce mucho de la neurobiología del trastorno de despersonalización; sin embargo, algunos estudios señalan un sentimiento de estar separado como el centro de esta experiencia disociativa. Una tomografía por emisión de positrones encontró anormalidades en la corteza visual, auditiva y sensoriomotriz, al igual que en areas responsables de un esquema corporal integrado.[3] En un estudio por medio de un escaneo de imagen por resonancia magnética funcional de pacientes con trastorno de despersonalización, imágenes con escenas aversivas activaron la corteza ventral y la prefrontal. Los participantes demostraron una respuesta neural reducida en regiones sensibles a la emoción, al igual que en regiones asociadas con regulación emocional.[4] En una prueba similar con memoria emocional, los pacientes con el trastorno no procesaron emocionalmente el material sobresaliente de la misma forma que los miembros sin el trastorno del grupo control.[5] En una prueba de respuesta galvánica de la piel ante estímulos displacenteros, los sujetos mostraron un mecanismo inhibitorio selectivo.[6]

El trastorno de despersonalización puede estar asociado a una desregulación del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal, el área del cerebro involucrado en la respuesta de "lucha o huida". Los pacientes muestran niveles anormales de cortisol y de actividad basal. Algunos estudios encontraron que pacientes con este trastorno podían distinguirse de pacientes con depresión clínica y trastorno por estrés postraumático.[7] [8]

Diagnóstico

El diagnóstico de trastorno de despersonalización puede hacerse por medio de varios formatos de entrevista y escalas. La Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders (SCID-D) es ampliamente usada en escenarios de investigación. Esta entrevista dura entre 30 minutos y una hora y media, dependiendo de las experiencias del consultante.[9]

La *Dissociative Experiences Scale (DES)* o escala de experiencias disociativas, es un cuestionario autoadministrado rápido y sencillo, que ha sido usado ampliamente en la medida de síntomas disociativos.[10] Ha sido utilizado en cientos de estudios acerca de fenómenos disociativos, y puede detectar experiencias de despersonalización y desrealización.

El Dissociative Disorders Interview Schedule (https://web.archive.org/web/20080628231928/http://www.rossinst.com/dddquest.htm) (DDIS) es una entrevista estructurada que permite realizar diagnósticos de DSM-IV del trastorno de somatización, trastorno límite de la personalidad y trastorno depresivo mayor, al igual que de trastornos disociativos. Sondea sobre síntomas positivos de la esquizofrenia, características secundarias del trastorno de identidad disociativo, experiencias extrasensoriales, abuso de substancias y otros puntos relevantes a los trastornos disociativos. El DDIS usualmente puede administrarse entre 30 y 40 minutos.

Criterios DSM-IV

Los criterios diagnósticos definidos en la sección 300.6 del DSM-IV son los siguientes:[11]

- Experiencias persistentes o recurrentes de distanciamiento o de ser un observador externo de los propios procesos mentales o del cuerpo (p. ej., sentirse como si se estuviera en un sueño).
- Durante el episodio de despersonalización, el sentido de la realidad permanece intacto.
- La despersonalización provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- El episodio de despersonalización no aparece exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental como la esquizofrenia, los trastornos de ansiedad, el trastorno por estrés agudo u otro trastorno disociativo, y no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas o fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., epilepsia del lóbulo temporal).

Diagnóstico diferencial

Algunas condiciones médicas y psiquiátricas aparentan síntomas de trastorno de despersonalización. Los clínicos deben diferenciar entre los siguientes con el fin de descartarlas y establecer un diagnóstico preciso.

- Epilepsia de lóbulo temporal
- Esquizofrenia
- Trastorno de pánico
- Trastorno de estrés agudo
- Migraña
- Abuso de sustancias
- Tumor o lesión cerebral

Epidemiología

El trastorno de despersonalización afecta a hombres y mujeres por igual.[12] La edad promedio de comienzo es durante la adolescencia y a los primeros años de la veintena, aunque algunos reportan despersonalizarse tanto como les alcanza la memoria, mientras otros reportan haber comenzado tardíamente.[12] [13] Un estudio estima que la prevalencia del trastorno de despersonalización en un 2.4% de la población.[14] El comienzo puede ser agudo o insidioso. Con el comienzo agudo, algunos individuos recuerdan el momento y lugar exactos de su primera experiencia de despersonalización. A ello puede seguirle un período prolongado de estrés severo, un evento traumático, un episodio de otro padecimiento mental o de abuso de sustancias. El comienzo insidioso puede haber empezado tanto como alcance a recordar la persona, o puede empezar como episodios más cortos de menor severidad que gradualmente cobran fuerza. Este trastorno es episódico en alrededor de un tercio de los casos, con cada episodio durando entre horas o hasta días a la vez. La despersonalización puede comenzar de modo episódico para luego llegar a intensidades constantes o variadas.

Tratamiento

Varias estrategias terapéuticas tanto psicosociales como farmacológicas se proponen en el tratamiento del trastorno, incluyendo diversas terapias cognitivo-conductuales y psicótropos como la naloxona[15]

Clasificación nosológica internacional

DSM-IV:	300.6	Trastorno de despersonalización
CIE-10:	F48.1	Síndrome de depersonalización-desrealización

Referencias

1. Simeon D, Guralnik O, Schmeidler J, Sirof B, Knutelska M (2001). «The role of childhood interpersonal trauma in depersonalization disorder». *The American journal of psychiatry* **158** (7): 1027-33. PMID 11431223 (https://www.ncbi.nl

m.nih.gov/pubmed/11431223). doi:10.1176/appi.ajp.158.7.1027 (http://dx.doi.org/10.1176%2Fappi.ajp.158.7.1027).

2. Simeon D: Depersonalisation disorder: a contemporary overview (http://www.neurotransmitter.net/depersonalization.html). CNS Drugs. 2004.
3. Simeon D, Guralnik O, Hazlett EA, Spiegel-Cohen J, Hollander E, Buchsbaum MS. (2000) Feeling unreal: a PET study of depersonalization disorder. *American Journal of Psychiatry* 157(11): 1782-8. PMID 11058475 Full text available. (http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/full/157/11/1782)
4. Phillips ML, Medford N, Senior C, Bullmore ET, Suckling J, Brammer MJ, Andrew C, Sierra M, Williams SC, David AS. (2001) Depersonalization disorder: thinking without feeling. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 108, 145-160 PMID 11756013
5. Medford N, Brierley B, Brammer M, Bullmore ET, David AS, Phillips ML. (2006) Emotional memory in depersonalization disorder: a functional MRI study. *Psychiatry Research*, 148(2-3):93-102. PMID 17085021 Full text available PDF. (https://web.archive.org/web/20070926115431/http://www-bmu.psychiatry.cam.ac.uk/publications/medford06emo.pdf)
6. Sierra M, Senior C, Dalton J, McDonough M, Bond A, Phillips ML, O'Dwyer AM, David AS. (2002) Autonomic response in depersonalization disorder. *Archives of General Psychiatry*. 59(9): 833-8. PMID 12215083 Full text available. (http://archpsyc.ama-assn.org/cgi/content/abstract/59/9/833?ijkey=37eda4dbdfc02f94be00919713dd37d161a54df2&keytype2=tf_ipsecsha)
7. Simeon D, Guralnik O, Knutelska M, Hollander E, Schmeidler J (2001). «Hypothalamic-pituitary-adrenal axis dysregulation in depersonalization disorder». *Neuropsychopharmacology* **25** (5): 793-5. PMID 11682263 (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11682263). doi:10.1016/S0893-133X(01)00288-3 (http://dx.doi.org/10.1016%2FS0893-133X%2801%2900288-3).
8. Stanton BR, David AS, Cleare AJ, *et al* (2001). «Basal activity of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in patients with depersonalization disorder». *Psychiatry research* **104** (1): 85-9. PMID 11600192 (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11600192). doi:10.1016/S0165-1781(01)00291-8 (http://dx.doi.org/10.1016%2FS0165-1781%2801%2900291-8).
9. Steinberg M: Interviewers Guide to the Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders (SCID-D) (http://www.appi.org/set.cfm?id=8862). Washington, DC, American Psychiatric Press, 1994.
10. Bernstein EM, Putnam FW (1986). «Development, reliability, and validity of a dissociation scale». *J. Nerv. Ment. Dis.* **174** (12): 727-35. PMID 3783140 (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3783140). doi:10.1097/00005053-198612000-00004 (http://dx.doi.org/10.1097%2F00005053-198612000-00004).
11. Psicomed, Trastornos Disociativos [1] (https://archive.is/20120629214207/personal.telefonica.terra.es/web/psico/dsmiv/dsmiv10.html)
12. Baker D, Hunter E, Lawrence E, Medford N, Patel M, Senior C, Sierra M, Lambert MV, Phillips ML, David AS. (2003) Depersonalization disorder: clinical features of 204 cases. *British Journal of Psychiatry* 2003; 182: 428-33. PMID 12724246 Full text available. (http://bjp.rcpsych.org/cgi/content/full/182/5/428)
13. Simeon D, Knutelska M, Nelson D & Guralnik O. (2003) Feeling unreal: a depersonalization disorder update of 117 cases. *Journal of Clinical Psychiatry* 64 (9): 990-7 PMID 14628973
14. Ross CA. (1991) Epidemiology of multiple personality disorder and dissociation. *Psychiatric Clinics of North America* 14: 503-17. PMID 1946021
15. Nuller YL, Morozova MG, Kushnir ON, Hamper N. (2001) Effect of naloxone therapy on depersonalization: a pilot study. *Journal of Psychopharmacology*. 15(2) 93-95. PMID 11448093

Véase también

- Despersonalización
- Desrealización
- Ensoñación excesiva

Enlaces externos

- http://www.psychiatryonline.com/content.aspx?aID=9816 (enlace roto disponible en Internet Archive; véase el historial (https://web.archive.org/web/*/http://www.psychiatryonline.com/content.aspx?aID=9816) y la última versión (https://web.archive.org/web/2/http://www.psychiatryonline.com/content.aspx?aID=9816)).
- http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/

Obtenido de «https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Trastorno_de_despersonalización&oldid=104324608»

Se editó esta página por última vez el 19 dic 2017 a las 22:39.

El texto está disponible bajo la Licencia Creative Commons Atribución Compartir Igual 3.0; pueden aplicarse cláusulas adicionales. Al usar este sitio, usted acepta nuestros términos de uso y nuestra política de privacidad. Wikipedia® es una marca registrada de la Fundación Wikimedia, Inc., una organización sin ánimo de lucro.